II

Obaliński A.


Biblioteka Jagiellońska
1002796945

Separat-Abdruck
aus v. Langenbeck's Archiv. Bd. XXXVIII. Heft 2.



Ueber den Bauchschnitt bei innerem Darmverschluss.

Von
Prof. Dr. Obaliński
in Krakau.[1])

Welche Anschauungen über Impermeabilität des Verdauungstractus sowohl unter den Laien, als auch unter den Aerzten seit uralter Zeit herrschten, lehren am Besten die zur Bezeichnung der Krankheit üblichen Namen (Miserere, Passio iliaca, Darmgicht) einerseits und die Mittel, welche man Behufs deren Beseitigung verabreichte, andererseits, unter anderen auch Quecksilber, welches in grosser Menge per os gegeben wurde. Ob bereits im Alterthum die Aerzte auf den Gedanken, welcher allein rationell ist, kamen, die interne Occlusion auf mechanischem Wege, direct durch Oeffnung der Bauchhöhle zu heben, scheint nicht ganz wahrscheinlich zu sein; es scheint vielmehr aus den neueren Untersuchungen hervorzugehen, dass man damals in allen Fällen, welche bis jetzt als positiver Beweis für dieselbe angeführt wurden, nur mit Incarceration äusserer Hernien zu thun hatte.

Gewisse Spuren einer echten Laparotomie finden wir erst im 17. Jahrhundert, aber bloss als Erwähnung von einem besonders kühnen Chirurgen, welcher eine solche Operation auszuführen wagte.

Der grosse Fortschritt in der pathologischen Anatomie belehrte erst die Aerzte über die eigentlichen Ursachen jener schrecklichen Symptome, die man unter dem einen, aber allgemeinen Ausdrucke „Ileus“ versteht; man darf somit seit jener Zeit erst von

[1]) Vortrag, gehalten auf dem Congresse polnischer Aerzte und Naturforscher zu Lemberg. 1888.

der Laparotomie als von einer wissenschaftlich begründeten Operation Behufs Hebung der Impermeabilität sprechen. Es wird auch mit Recht Rokitansky als der geistige Urheber der Verbreitung derselben betrachtet.

Fast alle dieses Thema behandelnden Arbeiten beginnen ihre Angaben mit dem Aufzählen der Fälle von dem ersten Viertel unseres Jahrhunderts. Eine der wichtigsten in dieser Hinsicht ist die des Dr. Schramm aus Prof. Mikulicz's Klinik, in welcher er die Laparotomie sehr warm empfiehlt, indem er beweist, dass die Mortalitätsziffer nach derselben seit genauer Berücksichtigung der Antisepsis von 73 pCt. auf 58 pCt. gesunken ist, und dass die Laparotomie, obwohl die Mortalität nach Enterostomie, als einer vollends ausgebildeten Methode, geringer ist als die einer noch nicht ganz ausgebildeten Operation, eine grosse Zukunft vor sich hat, um so mehr, da sie uns erlaubt, in geeigneten Fällen das Uebel radical zu beseitigen, in weniger günstigen Fällen an ausgewählter Stelle und nicht blindlings die Enterostomie auszuführen.

Es ist daher kein Wunder, wenn der berühmte Pariser Chirurg Nélaton in der ersten Hälfte des laufenden Jahrhunderts die Ausführung der Ileostomie bei Impermeabilität im Verdauungstractus als Grundsatz aufstellte, — die schlechten Resultate, die man damals nach Laparotomie hatte, konnten ihn keinesfalls zur Empfehlung dieser Operation aneifern.

Nach Einführung der Antisepsis und nach Aufweisen so günstiger Resultate, besonders in der Bauchhöhlenchirurgie, vermehrte sich die Zahl der wegen Impermeabilität der Gedärme ausgeführten Laparotomieen ungemein. Der Umstand aber, dass in vielen Fällen die Operation zu spät vorgenommen wurde, schreckte viele Internisten und manche Chirurgen ab und trieb sie zur Reaction, deren besten Ausdruck die Arbeiten von Krönlein und Czerny, besonders aber des Letzteren, bilden, welche, kurz gefasst, in diesen Worten sich resumiren lassen: „Das Aufsuchen der inneren Occlusionsursache durch Laparotomie ist nur dann angezeigt, wenn die Kräfte des Kranken gute sind, wenn der Bauch weich, nicht gespannt ist und wenn wir durch Palpation den Sitz des Hindernisses halbwegs zu bezeichnen im Stande sind. In allen übrigen Fällen ist die einzeitige Ileostomie bei enger Oeffnung zu machen."

Dasselbe Thema war auch viele Male Gegenstand von Ver-

handlungen in ärztlichen Corporationen, welche durch Stellen desselben auf die Tagesordnung vielen Specialisten Gelegenheit boten, ihre Meinung in dieser Angelegenheit auszudrücken, Vieles in derselben aufzuklären und Andere zu neuen Untersuchungen anzuspornen.

Sehr lehrreich war z. B. die Discussion über dieses Thema in der British Medical Association vom Jahre 1885, an welcher Greigh Smith, Shingleton Smith, Treves, Long Fox, Nelson, Dobson und Cross Antheil nahmen. Diese Gelehrtenversammlung kam zu dem Schlusse, dass es sich in jedem Falle vor Allem darum handeln sollte, eine sichere Diagnose zu machen, denn sie allein sei unsere beste Rathgeberin; wo man die mechanische Ursache diagnosticirt habe, solle man gleich zur Laparotomie schreiten, wo Entzündungssymptome prävaliren, reiche man Opium und Belladonna, das erstere am besten subcutan als Morphium. In allen zweifelhaften Fällen dürfe man keine Zeit verlieren und sofort zur Operation schreiten.

Zu ganz anderem Resultate führte die Debatte über dasselbe Thema, welche auf der XVI. Versammlung deutscher Chirurgen im Jahre 1887 geführt wurde. Obwohl Referent, Prof. Madelung, die Laparotomie hauptsächlich in technischer Hinsicht besprach, weil er die vollkommene Ausbildung der Technik dieser Operation als den besten Beförderer derselben in Ileusfällen betrachtete, so kann man dennoch aus seinen Auseinandersetzungen herauslesen, dass er, wie die Sachen bis jetzt stehen, für die Enterostomie in zweifelhaften Fällen wäre. Dieselbe Meinung leuchtet aus den Worten der grösseren Zahl der an der Discussion Betheiligten hervor (Schede, Mikulicz, Schönborn), obwohl sich damals auch Solche gefunden haben, welche für die Erweiterung der Laparotomieindicationen waren (Rydygier, Stelzner).

Vor einigen Jahren beschäftigte sich mit derselben Frage auch der Krakauer Aerzte-Verein; es stellte sich sowohl hier, wie auch überall anders heraus, dass die Laparotomie das radicalste Verfahren bei Ileus wäre, wenn die Diagnose derselben sicher wäre; — als ich damals entschieden behauptete, dass in dunkelen Fällen am sichersten der Probeschnitt entscheidet, unterstützten mich in dieser Anschauung bloss die Chirurgen (Mikulicz, Schramm), während die Internisten und Gynäkologen entschieden dagegen waren (siehe Przegląd lekarski 1884).

Mit Dank nahm ich die ehrenvolle Einladung des Ausschusses des V. Congresses polnischer Aerzte und Naturforscher entgegen, über dieses Thema referiren zu wollen, um so mehr, als ich in den letzten Jahren ungewöhnlich oft Gelegenheit hatte, in dieser streitigen Frage grosse Erfahrungen zu machen. Ich kann das mit Recht offen sagen, wenn ich erwäge, dass ich über eine Zahl von 33 Fällen verfüge, wohingegen Schede auf dem Chirurgen-Congress in Berlin die grösste Zahl eigener Fälle aufweisen konnte, und dieselbe auf kaum 26 sich belief[1]). Die ersten 20 Fälle veröffentlichte ich in der Wiener Med. Presse 1885, ich werde sie daher nur Behufs leichterer Uebersicht tabellarisch anführen, die übrigen dagegen ausführlicher beschreiben, da sie noch nirgends veröffentlicht wurden.

No.	Name, Geschlecht, Alter.	Dauer der Krankheitssymptome.	Behandlung vor der Operation.	Diagnose vor der Operation	Operation.	Diagnose nach der Operation.	Erfolg.	Bemerkungen.
1.	Aron Alter, M. 20.	4 Tage.	Purgantia, Laxative.	Torsio im S Romanum.	Laparotomie.	Torsio im S Romanum.	gut.	—
2.	Karl K., M. 63	5 Tage.	do.	Invaginatio c. subsq. peritonitide.	Laparotomie. Resect. intest., Enterorhaph.	Wie vor der Operation.	†	—
3.	Bronislawa B., W. 18.	8 Tage.	do.	Strangulatio.	Laparotomie, Enterorhaph	Strangulatio Ulcera typhosa.	†	Bei Reposition d. aufgebläht. Gedärme berstet dasselbe an einer Stelle.
4.	Emil D., M. 19.	2 Tage.	do.	Occlusio intestinorum int.?	Laparotomie.	Perforatio processus vermiformis.	†	Erleichterung.
5.	Soldat, M. 21.	5 Tage u. vorher.	do.	do.	do.	Strangulatio Peritonitis.	†	Erleichterung.
6.	Wincenz K. M. 26.	8 Tage.	do.	do.	do.	Torsio flex. Peritonitis.	†	—
7.	Aron Alter, M. 20.	8 Tage.	do.	Torsio flex. Peritonitis.	do.	Wie vor der Operation.	†	Die Section ergab Perforat. eines typhös. Geschwüres.
8.	Agneszka Ch., W. 38.	21 Tage.	do.	Invaginatio ileo-coecalis.	Laparotomie, Enterostomie.	Wie vor der Operation u. Peritonitis.	†	—
9.	Franz Sz., M. 37.	4 Tage.	do.	Occlusio intest. inter. in typhoso.	Laparotomie.	Peritonitis circumscript ad ulc. typh.	gut.	—

[1]) Bald nach diesem Vortrage hatte ich Gelegenheit, weitere 5 Laparotomieen wegen innerer Occlusion zu machen, so dass ich jetzt über 38 Fälle verfüge.

No.	Name, Geschlecht, Alter.	Dauer der Krankheitssymptome.	Behandlung vor der Operation.	Diagnose vor der Operation.	Operation.	Diagnose nach der Operation.	Erfolg.	Bemerkungen.
10.	Anna K., W. 33.	3 Tage u.vorher.	Purgantia, Laxative.	Strangulatio.	Laparotomie.	Wie vor der Operation.	gut.	—
11.	Moses B. M. 26.	Seit 5 Woch.	do.	Invaginatio.	do.	Wie vor der Operation.	† am 4. Tag.	Anfangs nach der Operation Besserung.
12.	F. B., M. 62.	4 Tage.	Taxis.	Hernia ing. incarc. Rep. spuria.	do.	Wie vor der Operation.	†	—
13.	Sara N., W. 18.	4 Tage.	Purgantia	Occlusio intestini subs. Peritonitis.	do.	Peritonitis perforativa.	†	—
14.	Ch., W. 30.	6 Tage.	do.	Occlusio intest ?	do.	Graviditas extrauterin.	†	—
15.	Marie K., W. 89.	Einige Monate.	do.	Strictura carcinomat.	Laparotomie, Res. intest. et Enterorhaph.	Strictura carcinom. flexurae.	†	—
16.	Adalbert Z., M. 36	3 Tage.	do.	Reductio spuria hern. incarcer.	Laparotomie.	Wie vor der Operation.	gut.	—
17.	Matys Gelber, M. 27.	3 Tage.	do.	Torsio.	do.	Torsio intest. ilei.	gut.	—
18.	Thomas P., M. 43.	5 Tage.	do.	Occlusio intest. subseq. peritonitide.	do.	Peritonitis perforativa.	†	Gleich nach Oeffnung der Bauchhöhle.
19.	Antonine Nowakowska, W. 19.	Seit 20 Tagen	do.	Strict. post ulcera typhosa.	do.	Flexura angular. intest. ilei.	gut.	—
20.	Franz C., M. 22.	5 Tage.	Narcotica.	Peritonitis perforativa.	do.	Torsio subsequente peritonitide.	†	—

In weiterer Folge theile ich etwas genauer 18 Fälle mit, welche bis jetzt noch nicht veröffentlicht wurden.

21. Magdalene Bauasik, 70 Jahre alt, Bettlerin aus Krakau, sollte in ihren Jugendjahren Abdominaltyphus überstanden haben; ihr Verdauungsmechanismus sollte nie ganz normal gewesen sein; seit 2 Wochen entwickelten sich allmälig folgende Symptome: Bauchschmerzen, Ausbleiben der Flatus und Defaecation, Aufgetriebensein des Bauches, Erbrechen und Ructus. Ich diagnosticirte *Gedärmeverengerung nach Typhusnarben* und führte in Anbetracht der noch gut erhaltenen Kräfte der Kranken am 21. Mai 1886 Laparotomie aus. Nach Oeffnung der Bauchhöhle fand ich *fast das ganze Ileum in einen Narbenklumpen verwandelt*, zu welchem von der Schnittwunde aus der Zutritt sehr schwer war. Als ich aber nach Erweiterung der Wunde auf die Seite hin, mich überzeugte, dass ein so hoch im dünnen Darme angelegter künstlicher After nicht ganz entsprechend wäre

und kein anderer Ausgang anzutreten ist, vernähte ich die Bauchwand wieder; die Kranke starb 24 Stunden nachher aus Mangel an Kräften. Wenn ich mir jetzt diesen Fall genauer überlege, bedaure ungemein, dass ich damals nicht auf den Gedanken fiel. das ganze Ileum aus dem Verdauungstracte auszuschliessen und Jejunum mit dem Colon transversum durch unmittelbare Communication zu verbinden. Ob dieser Versuch die Kranke beim Leben erhalten hätte. will ich nicht durchaus behaupten. es scheint dies sogar sehr zweifelhaft zu sein, dennoch aber viel empfehlenswerther als Anlegen eines künstlichen Afters oder Bleiben beim Status quo.

22. Josef Gajda, 54 Jahre alt. Tagelöhner, seit 48 Stunden kein Stuhl, ausserdem Erbrechen und Schmerzen im Leibe, welche 5—10 Minuten wiederkehren, welche Symptome sich angeblich nach Heben einer Last eingestellt haben sollen. — Allgemeiner Zustand nicht sehr gut: Das Gesicht blass, Gesichtszüge verschärft, Puls schwach; auf Grund des in Form eines Viereckes aufgetriebenen Bauches diagnosticirte ich Torsio flexurae sigmoideae; indem ich glaubte, dass es mir durch Laparotomie eher gelingen wird die Torsion zu heben als künstlichen Anus anzulegen, schritt ich zur Ausführung der erstgenannten Operation. Das Herausfinden des erwähnten Darmes war aber wegen beträchtlichen Meteorismus nicht so ganz leicht. Ich musste den anfänglichen Schnitt in der Linea alba bis über den Nabel verlängern, wonach es mir erst gelang, zur wirklich gedrehten Flexura sigmoidea vorzudringen. Der Kranke verfiel aber in immer grösser werdenden Kräfteverlust und starb gleich nach Beendigung der Operation, ungeachtet einiger subcutanen Aetherinjectionen.

Ich muss gestehen, dass in diesem Falle ein künstlicher Anus den Kranken vielleicht erhalten hätte.

23. Thomas Kwasniowski. 37 Jahre alt, Tagelöhner; die Krankheitssymptome dauern seit 48 Stunden; der Bauch ist aufgetrieben, dessen Form erinnert an ein Viereck; antiperistaltische Darmbewegungen sind nicht zu bemerken. Bauchtyphus hat der Patient nie durchgemacht. Kräfteverfall gross. Ich diagnosticirte Torsio flexurae sigmoideae nebst bereits entwickelter Peritonitis und schritt ungeachtet der schlechten Prognose zur Laparotomie, als zum letzten Probemittel. — Der gewöhnliche Schnitt in der Linea alba reichte nicht hin; ich erweiterte ihn nach der Seite und nach Oben über den Nabel, wonach ich nach partiellem Herausbefördern der aufgetriebenen Gedärme mich überzeugte, dass anstatt gehoffter Torsion, eine ganz ausgebildete Peritonitis da ist. Die Gedärme liessen sich nicht reponiren, ich schnitt daher dieselben über dem Coecum an, liess über $1\frac{1}{2}$ Liter flüssiger Faeces heraus, nähte dann die Wunde in der Gedärmwand zu und reponirte sie erst dann in toto. Die Bauchhöhle wurde ausgespült und die Bauchwand vernäht. Eine Stunde nach der Operation erfolgte der Tod.

Ich gebe zu, dass vielleicht auch in diesem Falle ein künstlicher After eher an der Stelle gewesen wäre; man wird mir aber auch zugeben, dass die Prognose, in Anbetracht der allgemeinen Peritonitis, mehr als zweifelhaft war.

24. Andreas Pawlikowski. 37 Jahre alt. Kaminfeger. Die Symptome vollkommener Impermeabilität dauern bereits 8 Tage, sie begannen aber bereits vor einem Monate; nach paartägiger Observation konnte man nur Unwegsamkeit in Folge Stenose des Darmlumens diagnosticiren. ohne aber näher die Natur derselben angeben zu können. Ebenso konnte der Sitz derselben nicht positiv sichergestellt werden, weil man ein Mal einen härteren Tumor in der Gegend des Coecum ein anderes Mal in der Gegend der Flexura sigmoidea zu fühlen glaubte. — Bei der Laparotomie. welche ich am 17. Dec. 1886 vornahm, fand ich die Flexura stark infiltrirt, an der hinteren Wand befestigt und die Mesenterialdrüsen vergrössert. Ich zog die Darmschlinge oberhalb des Tumors heraus, schnitt sie quer an, liess die über demselben angesammelten Faeces ausfliessen (einige Liter) und nähte darauf die Wundränder des Darmes an die Bauchwand an. Der Zustand des Kranken besserte sich nach der Operation mit jedem Tage so, dass er ein paar Wochen darauf, nachdem er die Manipulation an dem künstlichen Anus gut erlernt hatte, nach Hause fahren konnte. Wie er sich jetzt befindet, ist mir nicht bekannt, höchst wahrscheinlich ist der Zustand nicht der beste, zumal ich die erwähnte Infiltration im Darme als eine carcinomatöse betrachten musste.

25. Josef Hinner, 45 Jahre alt. Zimmermann, kam auf meine Abtheilung am achten Krankheitstage. Dieselbe begann plötzlich mit Schmerzen im Leibe, Aufgetriebensein desselben, Erbrechen und Aufhören der Defaecation. Da die gewöhnlichen Purgantia nichts halfen und die Kräfte noch gut erhalten waren, führte ich Laparotomie aus; bei derselben fand ich einen vom Mesentherium zum Coecum hinlaufenden Streifen, von der Dicke des kleinen Fingers; derselbe war stark gespannt und drückte an das Coecum. Ich durchschnitt den Streifen und nähte die Bauchhöhle wieder zu. Gleich nach der Operation gingen Flatus und drei Tage nach derselben Faeces reichlich ab. Die Wunde heilte per primam; am 6. Tage bekam Patient plötzlich eine Lungenentzündung. welche seinem Leben ein Ende machte.

Diesen Fall muss ich natürlich als geheilt betrachten.

26. Lejzor Beck, 42 Jahre alt, Hausirer; vor 4 Tagen reponirte ihm einer seiner Bekannten par force eine incarcerirte Hernie, seit jener Zeit hat er heftige Schmerzen im Leibe und Erbrechen. welches sich mit jeder Stunde immer mehr verschlimmert. — Bei der Untersuchung konnte man in der linken Leistengegend Ecchymosen als Spuren nach der erwähnten Manipulation erkennen, und durch die Bauchdecke in der Tiefe einen faustgrossen Tumor herausfühlen. Bei der Laparotomie machte ich einen Schnitt in der Linea alba, suchte den Tumor sammt zuführender Darmschlinge auf, schnitt den Bruchsack durch. befreite den Darm. welcher an drei Stellen arrodirt war, beseitigte das Bruchsackwasser, welches in die Bauchhöhle gelangte vermittelst Schwämme und resecirte ein 35 Ctm. langes Stück Darm mit nachfolgender Enteroraphie nach Herauslassen der oberhalb angesammelten Faeces. Bald nach der Operation Verfall der Kräfte. deren es ohnehin nicht sehr viele waren und 3 Stunden nachher Tod.

27. Frajda Rubel, 14 Jahre alt, erkrankte erst vor 24 Stunden nach-

dem sie Kirschen in grösserer Menge gegessen hatte. Vorher war sie immer gesund. Anfangs verabreichte ihr der Hausarzt Abführmittel, als aber der Erfolg ausblieb, sandte man sie mir zu behufs Ausführung der Laparotomie. Bei der Untersuchung fand ich den Bauch aufgetrieben, die Gedärmeschlingen markirten sich durch denselben ziemlich; ausserdem Erbrechen. Ausbleiben der Flatus und Defaecation. Nach Oeffnung der Bauchhöhle fand ich das ganze Peritoneum wie besäet mit kleinen weissen tuberculösen Papeln. Die Bauchhöhle wurde mit warmer Borsäurelösung ausgespült und zugenäht. In 24 Stunden darauf erfolgte der Tod.

28. Anna Liszkiewicz, 29 J. alt. Vor 3 Jahren machte sie eine Krankheit durch, welche mit Schmerzen im Leibe verbunden war; nachher war sie immer gesund; vor einer Woche stellten sich Ileussymptome ein. Abführmittel brachten keine Linderung. Bei der Untersuchung fand ich den Bauch aufgetrieben, vornehmlich aber in der Mitte und kugelförmig; Erbrechen und Singultus hartnäckig. Nach Oeffnung der Bauchhöhle fand man einen Gedärmeklumpen, welcher aus dem untereinander vermittelst ziemlich dicker Bindegewebsstreifen zusammengewachsenen Ileum, Jejunum und Dickdarm (Colon transversum) gebildet war; die genannten Streifen wurden durchschnitten und nachdem ich mich überzeugte, dass die bis zum letzten Augenblicke eingesunkenen Darmpartien mit Gas zu füllen sich begannen, vernähte ich die Wunde. Einige Stunden nach der Operation hatte Patientin Stuhl, und drei Wochen darauf verliess sie meine Abtheilung vollkommen gesund.

29. Gitel Feuer, 46 Jahre alt, Fleischhauersfrau, wurde auf die interne Atheilung wegen Leiden im Verdauungacanale aufgenommen, welche sich ohne Unterbrechung seit ein Paar Monaten wiederholen. Auf Grund sich oft wiederholender Obstipation, welche mit Schmerzen, die sich an ein und derselben Stelle einstellten, verbunden sind, und auf Grund dessen, dass man in der, von der Patientin angegebenen Gegend einem grösseren Widerstand begegnete, dass manchmal der Bauch aufgetrieben war und damals deutliche antiperistaltische Darmbewegungen vorhanden waren, vermuthete ich eine Verengerung oder Flexion der Darmwand und rieth zur radicalen Beseitigung des Hindernisses durch Laparotomie. Dieselbe wurde am 10. 8. 87 ausgeführt, wobei ich ein sehr mobiles Coecum an einem ungemein langen Mesenterium fand; 30 Ctm. höher war der Darm um seine Axe gedreht. Nach Zurechtlegung der Gedärme vernähte man die Bauchwand und 11 Tage darauf verliess Patientin das Spital vollkommen gesund.

30. Rosalia Bodzon, 30 Jahre alt, Schlossermeistersfrau; auf Grund seit 3 Jahren anhaltender chronischer Obstipation, im Laufe welcher je ein paar Monate später je ein paar Wochen und in der letzten Zeit fast unaufhörlich deutliche und zugleich gefährliche Ileussymptome auftreten, auf Grund ferner des stark und kuppelförmig aufgetriebenen Bauches, Meteorismus, sichtbarer peristaltischer Darmbewegungen, reichlichen Erbrechens und auf Grund dessen, dass ungeachtet starker Abführungsmittel und erfolgten Stuhles nach denselben, die gefürchteten Symptome nicht aufhörten, diagnosticirte ich Stenose oder Flexion der Darmwand und entschloss mich zur Laparotomie.

Nach Oeffnung der Bauchhöhle fand man die Gedärmeschlingen stark aufgetrieben, und den Dickdarm eingesunken. Das Coecum nach links dislocirt, hart, infiltrirt, an die hintere Bauchwand befestigt, und von vergrösserten Lymphdrüsen umgeben, es schien keinem Zweifel zu unterliegen, dass eine carcinomatöse Infiltration vorliegt, die sich durch Resection nicht mehr beseitigen lassen wird. Ohne viel zu überlegen legte ich einen künstlichen Anus oberhalb dieser Stelle an. Nur durch einige Tage entleerte sich durch denselben Koth, später fing er an, sich sowohl durch den künstlichen wie auch durch den natürlichen After zu entleeren, nach einem Monate wieder hauptsächlich durch den letzteren und ganz spärlich durch den ersteren. Wir fanden dann, dass der faustgrosse Tumor, welcher bald nach der Operation und nachher sich durch die äusseren Bauchdecken ganz gut herausfühlen liess, nach einem Monate fast ganz verschwand, so dass wir die Diagnose Carcinom in die einer entzündlichen Infiltration umändern mussten.

32. Basyli Remeza, 44 Jahre alt, Kirchendiener; seine Krankheit begann vor 6 Wochen mit Schmerzen in der Gegend des Coecum mit Uebelkeiten, Appetitmangel und Singultus. In den letzten 10 Tagen wuchsen diese Symptome zu deutlichen Ileussymptomen heran. Mit der Diagnose durchgemachter Perityphlitis und Folgen derselben kam er zur Laparotomie. Bei der Untersuchung fand ich an dem sehr herabgekommenen, schwachen Individuum den Puls klein, schwach, den Bauch eingesunken, den Magen sehr aufgetrieben, in der rechten Hüftengegend eine schmerzhafte Wölbung; nebst reichlichem Erbrechen bestand Mangel an Stuhl und Flatus. Ungeachtet des schlechten Zustandes schritt ich, nachdem ich ein mechanisches Hinderniss hoch im Jejunum angenommen, zur Laparotomie; den Schnitt machte ich an der Seite hart über dem Tumor. Nach Oeffnung der Bauchhöhle fand man fast das ganze Jejunum eingesunken, untereinander und mit dem eigenen Mesenterium durch frische Adhäsionen verwachsen. Jeder Versuch, die Adhaesionen zu trennen, misslang, es traten starke Blutungen auf; ich sah mich deshalb gezwungen, die weitere Hülfeleistung einzustellen und vernähte die Bauchwand wieder. Der Tod erfolgte ungeachtet dessen erst 9 Tage nachher, nachdem schon alle Kräfte erschöpft waren. Die im pathologisch-anatomischen Institut des Prof. Browicz ausgeführte Section ergab ausser den beschriebenen Verhältnissen einen vom Coecum bis zum Magen unter den verwachsenen Darmschlingen sich befindenden Abscess. Die Pars pylorica des Magens war so geschrumpft, dass die hintere Magenwand wie eine Klappe die Pylorusöffnung verschloss.

33. N. N., ein 3monatliches wohlgenährtes Kind ist seit drei Tagen unruhig, weint, sein Bauch ist aufgetrieben, Flatus und Stuhl fehlen, von Zeit zu Zeit stellt sich Erbrechen ein. Der Hausarzt fand nebst den erwähnten Symptomen noch einen deutlich wurstförmigen Körper, welcher quer in der Bauchhöhle herauszufühlen war, diagnosticirte Invagination und rieth zur Laparotomie. Nach der Consultation schritt ich am selben Tage, das ist 48 Stunden nachdem die ersten Symptome sich eingestellt haben, zur Operation. Gleich bei der Oeffnung der Bauchhöhle fand man das invaginirte

Darmstück (Invaginatio ileo-coecalis); die Invagination war eine so feste, dass es kaum gelang, dieselbe zu reponiren; ich fand dabei an der Darmwand manche bereits suspecte Stellen. Die Operation verlief sehr gut, das Kind schlief hierauf ruhig, hatte ein Paar Stunden darauf reichlichen Stuhl; ungeachtet dessen aber fing es an Tags darauf zu collabiren und starb 24 Stunden nach der Operation. Höchst wahrscheinlich wurden jene suspecten Stellen am Darme der Ausgangspunkt einer septischen Peritonitis. Durch Section konnte unsere Behauptung nicht bekräftigt werden, die Eltern wollten dieselbe nicht erlauben.

34[1]). Marie St., 48 Jahre alt, Tagelöhnerin, kam auf meine Abtheilung am 4. August 1888, giebt an, dass sie seit 4 Tagen krank ist. Ausbleiben der Flatus und Defaecation, Erbrechen, kugelförmiges Aufgetriebensein des Bauches, sichtbare antiperistaltische Darmbewegungen, in der rechten Hüfte ist der Schmerz am grössten, es ist auch hier grössere Resistenz herauszufühlen; die Diagnose war nicht sicher, ich vermuthete Torsio ilei. Nach Oeffnung der Bauchhöhle konnten wir uns überzeugen, dass die Vermuthung eine richtige war; das Coecum war um seine ungewöhnlich lange Mesenterialhaut gedreht. Die Bauchhöhle war kaum einige Minuten offen; nach Zurechtlegung des Darmes und Ausschöpfen eines etwas dunkelen Transsudates vernähte ich die Bauchhöhle vermittelst der gewöhnlichen dreireihigen Naht. Der allgemeine Zustand war ein guter, am dritten Tage hatte sie Stuhl. Ende der dritten Woche verliess sie das Spital vollkommen gesund.

35. Elisabeth Jauotek, 33 Jahre alt, Frau eines Riemenarbeiters, kam am 9. August mit ausgebildeten Ileussymptomen (Kotherbrechen); seit vier Tagen halten dieselben an und werden mit jedem Tage unerträglicher. Vor $1\frac{1}{2}$ Monaten wurde sie an der hiesigen Klinik wegen Incarceration einer Cruralhernie operirt, die Narbe nach derselben ist noch ganz frisch. Es wurde Resection des Darmes und Enterorhaphie ausgeführt. Ich glaubte, dass höchst wahrscheinlich sich frische Adhäsionen ausgebildet haben, welche das Darmlumen verengen oder Flexio hervorgerufen haben und schritt zur Laparotomie. Die in die Bauchhöhle eingeführte Hand fand bald unter den Darmschlingen, eine resistentere Stelle, welche links an die Bauchwand befestigt war. Näheres Untersuchen ergab, dass das Ileum einige Decimeter vor dem Coecum mit dem Mesenterium, mit der Bauchwand und untereinander verwachsen war, so dass dadurch ein zusammengeballter Klumpen entstand, welcher für die Faeces nicht durchgängig sein konnte. Als ich eine Darmschlinge aus dem Klumpen befreien wollte, zeigte sich an einer Stelle Koth; es blieb nichts übrig als diese Stelle zu reseciren und nach Herauslassen der Faeces aus dem zuführenden Darmstücke dasselbe mit dem abzuführenden Stück zu verbinden; der Lumenunterschied war aber ein beträchtlicher, ich musste das weitere Lumen etwas verengern, und darauf erst beide vereinigen. Die Operation dauerte deshalb 92 Minuten; die Kräfte fingen an

[1]) Die mit dieser Nummer beginnenden Fälle wurden im Vortrage auf dem Congresse noch nicht berücksichtigt.

auch aus diesem Grunde zu schwinden und ungeachtet einiger Aether- und Cocaininjectionen wuchs der Collaps immer weiter. Der Tod erfolgte zwanzig Stunden nach der Operation.

36. Josef Marchewka, 32 Jahre alt, Tagelöhner, reponirte sich 8 Tage vor der Aufnahme in's Spital par force seine rechte Inguinalhernie, die er auch früher zu reponiren gewöhnt war, und seit jener Zeit halten Ileussymptome an. Bei dem gut genährten Individuum, an dessen Zügen grosser Schmerz herauszulesen war, fand ich den Bauch kugelförmig aufgetrieben, die Darmschlingen markirten sich an demselben, Druck über der rechten Inguinalgegend vergrössert die Schmerzen, Kothbrechen, Ausbleiben der Flatus und Defaecation. Die Gegend des rechten Inguinalcanals stellt eine Vertiefung dar, so dass hier der Hodensack trichterförmig tief in denselben hinaufgezogen scheint; der rechte Hoden ist nicht herauszufinden. Ich diagnosticirte Reposito spuria herniae incarceratae, und führte Laparotomie aus. Bei derselben fand ich eine Schlinge des Ileum in der Gegend der inneren Oeffnung des Leistencanals vermittelst eines Bindegewebsstreifens von der Dicke des kleinen Fingers angehalten. Gleich nach Durchschneiden des Streifens fingen an die Faeces nach unten sich zu bewegen. Nach Reposition des Bruchsackes in den Hodensack und des Hodens, führte ich die radicale Operation durch Excision des ganzen Sackes sammt Hoden aus, wobei sich herausstellte, dass der erwähnte Streifen von einer Bruchsackwand zur anderen verlief, und die eigentliche Ursache der Incaceration war. Einige Stunden darauf hatte Patient einige Stühle, nach welchen er sich wohl fühlte. Die Besserung schritt mit jedem Tage vorwärts, so dass ich, als ich die Nähte am 5 Tage entfernte, ihn als gerettet betrachtete.

37. Sechs Tage nach dieser Operation beginnen bei demselben Kranken plötzlich Schmerzen im Bauche, der Bauch wird wiederum aufgetrieben, obwohl er schon ganz eingesunken war, es stellt sich Erbrechen ein, nebenbei Ausbleiben der Flatus. Die Entscheidung, ob in diesem Falle Peritonitis oder Recidive des mechanischen Hindernisses eingetreten ist, war keine leichte; auf Grund aber dessen, dass das Alles plötzlich und acut aufgetreten, dass die Schmerzen hauptsächlich auf das untere rechte Bauchsegment begrenzt waren, dass die Darmschlingen deutlich durch die Bauchdecken sich markirten, glaubte ich mich zur Annahme der zweiten Möglichkeit berechtigt und schritt 8 Tage nach der ersten zur zweiten Laparotomie, machte dabei die Schnittwunde etwas seitwärts, weil die erste in Folge von Meteorismus bis zur Peritonealnaht auseinandergegangen war und wegen mangelhafter Asepsis nicht das zweite Mal zur Oeffnung der Bauchhöhle dienen konnte. Nach Herausnahme eines Theiles der aufgetriebenen Darmschlingen fand ich Torsion derselben hart über dem Coecum, welches nach innen an seinem langen Mesenterium dislocirt war und ausserdem einen Theil des Darmes in einer submesenterialen Nische barg. — Gleich nach Hebung der Torsion fing an die Kothsäule sich weiter zu bewegen und füllte bald ganz das eingesunkene Coecum. Ungeachtet dessen konnte ich die Gedärme nicht zurück in die Bauchhöhle reponiren, ich schnitt deshalb eine Schlinge quer an

(3 Ctm. breit), entleerte circa $1^1/_2$ Liter Koth und Flatus, und reponirte erst dann die Gedärme nach vorheriger Vernähung der Schnittwunde in der Darmwand auf gewöhnliche Art. Von diesem Tage angefangen, besserte sich der Zustand des Patienten, das Erbrechen hörte ganz auf, Stuhlentleerung erfolgte regelmässig, die Kräfte fingen an, langsam zurückzukehren. Ich muss noch hervorheben, dass sowohl die intestinale — wie auch die parietale Bauchfellwand deutlich injicirt und die Darmschlingen an manchen Stellen zusammengeklebt waren. Es versteht sich von selbst, dass bei solchen Verhältnissen die Wunden in der Bauchwand per secundam heilten, wobei die separat an dem Bauchfell angelegte Naht zwei Mal vorzügliche Dienste leistete. Nach sechswöchentlichem Aufenthalt verliess Patient meine Abtheilung vollkommen gesund und als ich ihn nach der Heilung untersuchte, waren beide Testes im Hodensacke; ich kann mir das nur durch Annahme eines Testis accessorius erklären.

38. Theodor Ludzanski, 36 Jahre alt, Schuster aus Lemberg, klagt seit 2 Jahren auf Magenleiden, welche alle paar Tage anfallsweise auftreten, sich in Uebelkeiten, Erbrechen, Schmerzen und Krämpfen manifestiren und bis jetzt durch kein Mittel beseitigt werden konnten. Da er sah, dass weder Spitals- noch Privatbehandlung ihm was geholfen hatte, liess er sich leicht zur Operation, die ich ihm vorschlug, bereden; dieselbe sollte ermöglichen, den faustgrossen mobilen Tumor, welcher zwischen dem Nabel und der rechten Hüftenaxe zu fühlen war, zu beseitigen. Der Tumor war ziemlich schmerzhaft und wurde von Manchen als Wanderniere von Anderen als Carcinom im Pylorus erklärt. Am 28. August 1888 öffnete ich die Bauchöhle vermittelst eines 10 Ctm. langen Schnittes, welcher über dem Tumor ausgeführt wurde; nachdem ich ihn hervorgezogen fand ich, dass er aus dem Coecum und Mesenterium gebildet ist. Die Wände des Coecum waren sehr dick (Typhlitis chronica). Nach paarmaligem Massiren des Tumors reponirte ich ihn in die Bauchhöhle und vernähte dieselbe. Obwohl die ganze Operation allein zu diagnostischem Zwecke ausgeführt wurde, fühlte sich Patient dennoch seit jener Zeit viel besser und verliess die Abtheilung nach mehreren Wochen vollkommen zufriedengestellt.

Es fallen somit auf 38 Fälle, welche an 36 Personen ausgeführt wurden, 23 Todesfälle und 15 Fälle completer Heilung, das heisst, die Mortalitätsziffer beträgt 60,5 pCt. Diese Zahl entspricht mehr oder weniger der von Schramm zusammengestellten statistischen Tabelle, wo die Mortalitätsziffer aller dort angeführten Fälle sich auf 64,2 pCt., von den seit der antiseptischen Aera auf 58 pCt. beläuft. Es ist nur unter diesen Ziffern der Unterschied, dass meine Zusammenstellung sicher das richtige Bild der Wirkung in einer Abtheilung eines Operateurs bringt, woraus andere Schlüsse leicht zu rechtfertigen sind, wohingegen jene Tabelle diese Garantie nicht bietet, denn es sind dort Fälle aus der Literatur zusammen-

gestellt, in welche sehr oft nur positive Fälle gelangen. Man muss daher die Mortalitätsziffer in meiner Statistik sicher als Fortschritt betrachten. Dieser Fortschritt verspricht in der Zukunft noch grösser zu werden, wenn ich meine Fälle näher überblicke. Wenn ich nämlich dieselben in zwei gleiche Theile theile, zu je 19 Fällen, so erhalten wir in der ersten Hälfte 13 Todesfälle, d. h. 67,8 pCt., in der zweiten Hälfte aber kaum 10 Todesfälle, d. h. 52,6 pCt. Wenn wir noch jene 7 schweren Fälle ausschliessen, in welchen sehr spät zur Operation geschritten und gleichsam die Leistungsfähigkeit der Laparotomie auf die Probe gestellt wurde, so erhalte ich auf 31 operirte 16 Todesfälle, d. h. 51 pCt.; ich bin tief überzeugt, dass wir künftighin, bei besserer Wahl der Fälle und bei grösserer technischer Erfahrung, die Mortalitätsziffer sicher unter 50 pCt. herabdrücken werden, was Angesichts der beinahe absoluten Mortalität jener Fälle als ein eclatanter Erfolg von jedem Unparteiischen bezeichnet werden muss.

Die bessere Wahl der Fälle kann nur auf Grund sicherer Diagnose geschehen, und da dieselbe, wie das meine Statistik beweist, bei den jetzigen Behelfen in mehr als der Hälfte der Fälle nicht sicher gestellt werden kann, so bleibt mir nichts übrig, als an dem schon vor ein Paar Jahren ausgesprochenen Satze festzuhalten: man solle sich mit der allgemeinen Diagnose „Impermeabilität im Verdaungstractus“ begnügen und die Entscheidung über die Einzelheiten der Probelaparotomie überlassen. Dieselbe hat erst über weiteres Verfahren und Verhalten zu entscheiden. Nur sie allein erlaubt uns, die vorliegenden Verhältnisse zu überschauen und eine entsprechendere Therapie anzuwenden, d. h. wir können nur durch dieselbe erkennen, ob wir das Hinderniss ganz zu beseitigen im Stande sind, ob wir einen künstlichen After anlegen, oder von allen fruchtlosen Versuchen abstehen sollen. — Bei Durchmusterung meiner Fälle lassen sich zur Bekräftigung der oben ausgedrückten Behauptung folgende Sätze aufstellen:

1) Ich führte in keinem einzigen Falle unnütz die Laparotomie aus, ich betrachte sie sogar im letzten Falle (38) nicht als überflüssig, obwohl sie dort in voller Bedeutung des Wortes rein diagnostisch war, nachdem durch die Bauchdecken hindurch die Diagnose keineswegs sicher gestellt werden konnte. Somit ist die

Furcht vor dem Vorwurfe einer überflüssig ausgeführten Laparotomie viel zu übertrieben.

2) Der einzige Todesfall, welchen man der Operation allein zuschreiben kann (No. 15), welcher aber eigentlich nicht der Laparotomie, sondern der gleichzeitig ausgeführten Darmresection zur Last fällt, lässt auch ganz richtig schliessen, dass die Laparotomie in den ärgsten Verhältnissen noch keine so gefährliche Operation ist, natürlich wenn man die Antisepsis ganz beherrscht. Sie ist noch weniger gefährlich, wenn man die Laparotomie bei noch intactem Peritoneum ausführt. Den besten Beweis dafür liefert Fall 38, in welchem Patient die Operation ganz gut, sowie eine andere kleinere Operation an der Hand oder am Fusse ertrug, ohne irgend welche Reaction; ausserdem noch Fall 36 und 37, wo durch unverhoffte und aussergewöhnliche Verhältnisse an ein und demselben Kranken im Laufe einer Woche zwei Mal die Laparotomie ausgeführt wurde und der Erfolg ungeachtet dessen ein glänzender war.

3) In allen obigen Fällen trachtete man vor der Operation zur sicheren Diagnose zu gelangen, d. h. man versuchte die Art und den Sitz des Hindernisses sicherzustellen, doch stimmte beinahe in der Hälfte der Fälle die Diagnose mit Dem, was wir nach Oeffnung der Bauchhöhle fanden, in mancher Hinsicht nicht überein. Ich bin tief überzeugt, dass von jenen 9 Fällen, welche nach spät vorgenommener Laparotomie letal endeten, noch manche gerettet worden wären, wenn man, anstatt Zeit zu verlieren, um die Diagnose zu sichern, zur diagnostischen Laparotomie und eventuell zur chirurgischen Therapie in den ersten 24 Stunden geschritten wäre.

Indem ich meine Behauptung vertheidige und zu bekräftigen suche, will ich noch auf Einwände antworten, welche gegen Laparotomie bei Impermeabilität im Verdauungstractus und bei früher Laparotomie überhaupt hervorgehoben sind und noch von Seiten mancher Chirurgen und Internisten hervorgehoben werden.

Man muss den Letzteren zugeben, dass es sich wohl manchmal trifft, dass Impermeabilität durch per os gereichte Mittel gehoben wird. Nach meiner Erfahrung sollte diese Behandlungsweise nur in leichten und langsam verlaufenden Fällen angewendet werden; aber auch hier sollen Proben nicht lange gemacht werden, damit man nicht die beste Zeit zur Operation verliere. In acuten Fällen dürften die ersten 24 Stunden nicht überschritten werden, in chro-

nischen Fällen kann man länger als 48 Stunden warten, obwohl ich lieber früher in den letzteren als zu spät in den ersteren Fällen operiren möchte. Was die chronischen Fälle betrifft, erlaube ich mir die Bemerkung zu machen, dass in der Mehrzahl derselben Ileusanfälle schon vorhanden waren, welche entweder von selbst zurückgingen oder durch Abführmittel gehoben wurden. Lange Versuche, die Impermeabilität zu heben, führen in diesen Fällen nicht zum Ziele; wenn es auch einmal gelingt, so hebt man doch dadurch die Hauptursache nicht, und wir sind noch immer nicht sicher, ob nicht bei dem nächsten Anfalle Complicationen auftreten werden, welche den Erfolg der Operation zu compromittiren im Stande sind. Ich will daher immer lieber recht zeitig die Operation vornehmen, als mich mit dem problematischen Erfolge des Abführmittels freuen, und stimme sogar mit der etwas paradoxen Behauptung Credé's, dass man schwere chronische Enteralgie (Kolik) durch Laparotomie heile, weil sie am häufigsten auf mechanischen Veränderungen beruhe, überein.

Nicht alle Abführmittel aber, die angewendet werden, sind so ganz gleichgiltig; sie rufen Hyperämie des Bauchfells hervor, beschleunigen somit die Entzündung, welche dann zu dem am Meisten schadenden Factum wird. Nicht viel besser steht es mit anderen Manipulationen, welche Entleerung des Darms herbeiführen sollen, denn sie führen entweder zu gar nichts oder sie bringen momentane Erleichterung, welche nur Ursache der Verschiebung der Operation werden kann. Ich muss noch vor Anwendung gewaltiger Clysmen warnen, wie z. B. vor Clysmen mit Sodawasser oder Brausepulver; ich hatte Gelegenheit, in einem Falle Hautemphysem, gleich nach Anwendung eines solchen Clysma auftreten zu sehen.

Ich stimme darin vollkommen überein, dass man in denjenigen Fällen expectativ sich verhalte, in welchen wir eine functionelle Impermeabilität zu diagnosticiren im Stande sind, welche als Folge der Entzündung eines Eingeweides entsteht, z. B. in Folge von Peri- und Paratyphlitis, Metritis oder Oophoritis u. a. m. Ich selbst verfüge über 12 Fälle, in denen ich, zur Consultation gerufen und zur Operation geholt, expectatives Verhalten anrieth. Drei von ihnen endeten letal. Ich verordne in solchen Fällen, nach dem Rathe englischer Aerzte, Morphium subcutan und Belladonna intern in kleinen, aber oft sich wiederholenden Gaben (0,01 jede 2. Stunde).

Was diejenigen Chirurgen betrifft, welche noch gegenwärtig Enterostomie als Hauptmethode empfehlen und für Laparotomie nur in äusserst günstigen Fällen sprechen, möchte ich nur erwähnen, dass ich die Enterostomie durchaus nicht verwerfe; ich habe sie im Gegentheil allein einige Male ausgeführt, empfehle sie aber auf Grund meiner Erfahrung nur für diejenigen Ileusfälle als Hauptverfahren oder eigentlich als ultimum refugium, in welchen die Ursache derselben entweder wegen localer Verhältnisse, z. B. einer diffusen Neubildung oder anderer Umstände wegen, z. B. Kräftemangel beim Kranken, sich nicht beseitigen lässt. Nur die auf diese Weise ausgeführte Enterostomie betrachte ich als die rationelle, denn ich führe sie durch Umstände gezwungen und an entsprechendster Stelle aus, wo hingegen die ohne vorhergehende Laparotomie gemachte Enterostomie immer nur eine zufällige Operation ist, weil sie an der ersten besten in der Wunde sich zeigenden Darmschlinge gemacht wird. Die Laparotomie als solche wird sicher nicht zur Vergrösserung der Mortalität, sondern zum Streben der Beseitigung der Occlusionshindernisse beitragen. Wenn nun die Kräfte des Patienten genügend und die Hoffnung rascher Beseitigung der Hindernisse da ist, so wäre es tadelnswerth, so eine gute Gelegenheit radicaler Heilung zu vernachlässigen, sonst dürfte ein künstlicher After an geeignetster Stelle anzulegen sein. Besonders zu berücksichtigen sind die Kräfte des Patienten in denjenigen Fällen, in denen ringförmige Resection des Darmes mit nachfolgender Enterorhaphie auszuführen ist; denn die Operation ist eine lange dauernde und keine leichte.

Meine Erfahrung hat mich gelehrt, dass, wenn ich in Fällen wie No. 22, 23 und 26, anstatt das Verschlusshinderniss zu beseitigen, einen künstlichen After angelegt hätte, viele Fälle, in denen ich durch Laparotomie Heilung erlangte, einer wiederholten Laparotomie oder sogar dem Tode ausgesetzt hätte. Denn auch die Enterostomie an sich selbst kann zum Tode führen und rettet schon gar nicht jene Fälle, in denen eine Darmschlinge incarcerirt ist.

Auf eigene reiche Erfahrung gestützt, habe ich mir, wie die Sachen jetzt stehen, folgendes Normal-Verfahren, welches die Erkenntniss und die Entscheidung im gegebenen Falle ungemein erleichtert, ausgebildet. Es ist Dies um so mehr erwünscht, weil solche Fälle am Oeftesten plötzlich auftreten und rascher Hülfe bedürfen.

Grosses Gewicht lege ich vor Allem auf die Anamnese, weil wir durch dieselbe folgende wichtige Momente sicherstellen können:

1. Wie lange das jetzige Leiden dauert?

2. Ob es plötzlich, ob langsam sich entwickelte?

3. Ob dieses Leiden das erste Mal auftritt, oder ob es sich schon wiederholte?

4. Ob Patient dazu disponirende Krankheiten durchgemacht, vor Allem ob er keinen Typhus, Peritonitis oder Enteritis überstanden?

5. Ob keine directe Ursache vorliegt, z. B. Trauma, Stoss, Erkältung höheren Grades, Ueberfüllung mit schwer verdaulichen Speisen, ob endlich Taxis nicht ausgeführt wurde?

6. Ob Schmerzen vorhanden sind, und was für Schmerzen?

7. Bei Frauen: ob keine Schwangerschaft vorliegt und wie es sich mit der Menstruation verhält?

Es treffen sich zwar Fälle, in denen Alles für plötzliches Entstehen sprechen wird und in denen wir dennoch einen chronischen Process finden werden, oder umgekehrt, wie uns am Besten in dieser Hinsicht Fall 27 belehrt; doch können die erhaltenen Antworten einen grossen Einfluss auf unsere Denkrichtung und Diagnose ausüben; letztere aber sollte hauptsächlich auf physische Untersuchung sich stützen und dasselbe dürfte nach Sicherstellung

8. des Kräftezustandes des Patienten und der Körpertemperatur genau angeben:

9. Die Form des Bauches und den Grad seines Aufgetriebenseins. Die kugelige Gestalt spricht mehr für Sitz des Hindernisses oberhalb des Coecums, die mehr viereckige Form für ein Hinderniss im unteren Theile des Dickdarms. Grosses Aufgetriebensein lässt einen plötzlichen und acut verlaufenden Process vermuthen, geringeres einen chronischen.

10. Deutliche Darmperistaltik und durch die Bauchwand sichtbare Darmconvolute sprechen für ein mechanisches Hinderniss Fehlen dieses Phänomens spricht eher für functionelle Unwegsamkeit.

11. Genaue Palpation und Percussion des Bauches sind sehr wichtig, das Herausfinden eines schmerzhaften Tumors kann die Diagnose ungemein erleichtern.

12. Erbrechen ist, ebenso wie Ausbleiben der Flatus und Defäcation, nur ein Symptom der Occlusion des Darmlumens über-

haupt; nie habe ich mehr aus diesem Symptom schliessen können, als, dass im Falle sehr oft sich wiederholenden Erbrechens der Sitz des Hindernisses sehr hoch im Darmcanal gelegen war.

13. Fehlen oder spärliche Abgabe von Urin sollen auf den Gedanken vorhandener Peritonitis führen.

14. Manuelle Untersuchung des Rectums kann manchmal sehr nützliche Winke zu Tage fördern.

Wenn wir auf diese Weise untersuchen, können wir erst kaum in einem dritten Theile sicher diagnosticiren, in den übrigen zwei muss es dahingestellt bleiben, was für eine Art von Occlusion vorliegt, ob der Sitz derselben da oder dort sich befindet, ob die Ileussymptome wirklich durch Occlusion hervorgerufen werden, oder vielleicht nur als Folge der Parese der Darmwand auftreten.

Da länger dauernde Beobachtung selten zur Klärung der Lage, am öftesten aber zu Zeitverlust führt, rathe ich, schnell zum Probebauchschnitt zu schreiten. Zu diesem Zwecke trenne ich schichtweise die Bauchdecke in der Linea alba nur so viel, um kaum die rechte Hand durch die Wunde passiren lassen zu können, d. h. auf 8—10 Ctm. Eine andere Schnittart ist nur da angezeigt, wo die Diagnose in Bezug auf den Sitz der Occlusion vollkommen sicher gestellt worden ist.

Das Suchen des Hindernisses soll immer mit grosser Vorsicht vorgenommen werden und das wieder deshalb, weil nicht selten Ursache der Impermeabilität ein in den Peritonealsack perforirtes Darmgeschwür werden kann, welches nicht immer allgemeine, sondern circumscripte Peritonitis hervorruft; das Gelangen des eingekapselten Eiters in den übrigen Peritonealraum könnte somit sehr leicht verhängnissvoll werden. Bei diesem Suchen sollten wir uns gleich an die häufigsten Occlusionssitze wenden, nämlich an das Coecum und S Romanum, und herauszufühlen trachten, ob wir in der Nähe derselben auf keinen ungewöhnlichen Widerstand treffen; während wir von einer Stelle zur andern die Hand herüberführen, sollen wir trachten, die unterhalb des Hindernisses eingesunkene Darmpartie ausfindig zu machen. An den Verlauf der letzteren sich haltend, gehen wir dann mit der Hand immer weiter und höher bis zu der Stelle, wo der Darm aufgetrieben ist, und dort finden wir auch das Hinderniss.

Das Alles lässt sich relativ leicht ausführen, wenn die Ge-

därme nicht oberhalb des Hindernisses sehr stark aufgetrieben sind; ist Dies der Fall, dann soll man einen Theil derselben herausheben und dann erst nach dem Hinderniss suchen. Sollten die stark aufgeblähten und herausgehobenen Gedärme einen Widerstand leisten bei ihrem Zurückbringen in den Bauchraum, dann bleibt nichts Anderes übrig, als sie an einer Stelle quer einzuschneiden, den Inhalt in ein Gefäss vorsichtig ausfliessen zu lassen und nach sorgfältiger Darmnaht dieselben gelinde in den Bauch zurückzubringen.

Wenn wir auf die oben beschriebene Weise das Occlusionshinderniss gefunden haben, trachten wir abzuschätzen, ob es sich wird beseitigen lassen und wenn ja, ob leicht oder schwer. Im ersteren Falle führen wir die weitere Operation sofort aus, um keine Zeit zu verlieren, im entgegengesetzten Falle überlegen wir, ob die Kräfte des Patienten ausreichen, um ein so schwieriges Verfahren aushalten zu können, wie z. B. die Ectomoenterorhaphie. Wenn Dies nicht leicht, oder wenn es überhaupt unmöglich sein sollte, das Hinderniss zu beseitigen, legen wir einen künstlichen After an, indem wir das hart über dem Hinderniss liegende Darmstück anschneiden und dessen Wundränder an die Ränder der Bauchwandwunde annähen.

Wenn nach Oeffnung der Bauchhöhle eine deutliche Peritonitis überraschen sollte, dürfen wir erwägen, ob hier ein mittelbarer oder unmittelbarer Causalnexus vorliegt, d. h. ob die Peritonitis in Folge des mechanischen Hindernisses in der Kothbewegung oder zu einem perforirten Darmgeschwür hinzugetreten ist. Im ersten Falle ist die Operation am schnellsten zu beendigen, weil die Patienten gewöhnlich schon zu sehr geschwächt sind; darum werden nur die leicht entfernbaren Hindernisse radical beseitigt, die schwieriger entfernbaren lässt man in Ruhe ad feliciora tempora und legt einen künstlichen After an. Im zweiten Falle soll man die Oeffnung in der Darmwand durchaus auffinden, ihre Ränder anfrischen und zunähen. Der Peritonealsack wird nachher gut gereinigt, zu welchem letzteren Zwecke, wie auch überhaupt zu den Operationen in der Bauchhöhle, von mir eine gewärmte 3proc. Borsäurelösung verwendet wird.

Die Art, wie die Bauchhöhle geschlossen wird, ist keine gleichgiltige. Ich vernähe das parietale Peritoneum vermittelst einer

separaten Kürschnernaht aus Catgut, dann nähere ich die Bauchmuskeln aneinander vermittelst mehrerer Plattennähte und endlich nähe ich die Haut vermittelst einiger Knotennähte aus starker Seide zusammen. Diesem Verfahren, welches die Bauchhöhle ganz vollkommen von der Aussenwelt trennt, verdanke ich die Rettung mancher Kranker; am Meisten hat es sich in jenen eclatanten Fällen No. 36 und 37 bewährt, in welchen es zwei Mal zur Laparotomie kam und in welchen trotz Eiterung in der auseinandergegangenen äusseren Wunde nach der ersten Laparotomie keine Infectionsstoffe in die Peritonealhöhle gelangten. Das grösste Gewicht lege ich auf die genaueste Beachtung der Antisepsis, ich glaube auch, dass diese Operationen am Besten in gut eingerichteten Anstalten gelingen, wo der Operationssaal aseptisch sich erhalten lässt, wo die Assistenten eingeübt und mit der Operationsmethode gut bekannt, und wo das Wartepersonal mit der Antisepsis gut vertraut ist. Nur reiche Leute können alle dazu nöthigen Bedingungen schaffen lassen, die weniger reichen sollen in Anstalten operirt werden. Der Vorwurf, dass die Anstalten meist zu weit entfernt sind, fällt in Anbetracht Dessen, dass, wie meine Statistik beweist, gerade die Fälle (No. 16, 17, 36), welche von weit her (30 bis 60 Meilen) gebracht worden sind, am günstigsten verliefen.

Es bleibt mir noch übrig, hinzuzufügen, dass in diesen Fällen, in welchen wir aus verschiedenen Gründen den Darm nicht reseciren können, es von nicht unbedeutendem Nutzen wäre, das oberhalb der Stenose liegende Darmstück mit dem unterhalb derselben liegenden, unter Ausschluss des stenosirten, zu verbinden, wie dies Hacker in No. 17 und 18 der Wiener klinischen Wochenschrift unter dem Namen einer Enteroenterostomie oder Enteroanastomose beschreibt. Wenn ich auf diese Weise in den Fällen No. 24 und 30 vorgeschritten wäre, hätte ich die Enterostomie vermieden, und im Fall Nr. 21 der Indication Genüge gethan. Es spricht somit auch diese Rücksicht für die Probelaparotomie, denn nur sie allein erlaubt in diesen Details Einsicht zu erlangen, welche wir vor der Operation nicht vorhersehen können.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

